

雇用奨励金対象（予定）者名簿

※欄には記入しないでください。

※事業所番号は、「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）」等で確認してください。

※指定事業者と雇用期間の定めのない労働契約を締結している、従業員を記載してください。

氏 名	住 所	資 格 取 得 年 月 日	※
生 年 月 日	※ 転 入 年 月 日	事業所整理番号・事業所番号	※ 審 査
		雇用保険被保険者番号 健康保険・厚生年金被保険者 者 整 理 番 号	
		年 月 日	
年 月 日	※ 年 月 日		
		年 月 日	
年 月 日	※ 年 月 日		
		年 月 日	
年 月 日	※ 年 月 日		
		年 月 日	
年 月 日	※ 年 月 日		
		年 月 日	
年 月 日	※ 年 月 日		
		年 月 日	
年 月 日	※ 年 月 日		
		年 月 日	
年 月 日	※ 年 月 日		
		年 月 日	
年 月 日	※ 年 月 日		
		年 月 日	
年 月 日	※ 年 月 日		

上記のとおり相違ございません。

年 月 日

所在地

名 称

代表者

